

教育研究活動を通じた大学生のメンタルヘルス対策の効果と課題† －参加学生によるプログラム評価から見えるもの－

白石 智子*・越川 房子**
宇都宮大学教育学部*
早稲田大学文学学術院**

本稿では、大学生のメンタルヘルス対策の一つとして抑うつ予防を取り上げ、筆者らによる教育研究活動を通じた抑うつ対処・予防プログラムを受けた学生のプログラム評価結果を基に、この種のプログラムの効果と課題について検討した。参加学生によるプログラム評価を整理した結果、本プログラムは概ね肯定的評価を得たといえるが、一方で、その実践内容や継続実施し続けることについての物理的・精神的負担も報告された。広く学生一般を対象としたメンタルヘルス対策については、ネガティブ要素への対処を全面に押し出すというよりも、ポジティブな要素である学生の知的興味を動機づけとした実践的・発展的な教育プログラムの一環として運用することが有用であると示唆された。

キーワード：メンタルヘルス、抑うつ予防、大学生、認知行動療法、認知療法

1. はじめに

現代において人々のメンタルヘルスマネジメントは重要な課題の一つである。メンタルヘルスの問題については様々なものが挙げられるが、その代表的なものの一つに抑うつがある。

抑うつとは、抑うつ気分をはじめとする感情の落ち込みや悲観的思考、動機づけの低下、活動量の低下、生物学的障害などを包括的に表す概念であり、うつ病は、その抑うつ状態が症状の中心になっている場合に適用される診断名である。抑うつ症状の代表的なものには、抑うつ気分、興味や喜びの喪失、食欲の減退または増加、睡眠障害、精神運動の障害（強い焦燥感、運動の制止）、易疲労性・気力の減退、強い罪責感、思考力や集中力の低下、自殺念慮などがある（American Psychiatric Association, 2000）。うつ病の生涯罹患率については、世界各国で10%前後、日本においても6.5%という数字が報告されている（川上・大野・宇田・中根・竹島, 2003）。さらに、再発率が50%以上と非常に高いことが知られており、その確率は再発を繰り返すごとにさらに

高まることが示されている（レビューとして、Judd, 1997）。うつ病の有病率を高めているのは再発率の高さといえ（Segal, Williams, & Teasdale, 2002）、その疾病負担は、2020年には虚血性心疾患に次いで第2位になるということが世界保健機関（WHO）により推定されている（Murray & Lopez, 1996）。

加えて、かつて中年期以降に多いとされていたうつ病だが、最近では児童・青年など若年層の罹患率も増加していることが報告されている（例えば、Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993; 傳田・賀古・佐々木・伊藤・北川・小山, 2004）。同時に、大学生についても抑うつの高さが指摘され、その構造や要因などを検討した研究が行われてきている（例えば、阿部・井上・大山, 1999; 林, 1988; 高倉・崎原・與古田, 2000）。これらの研究は、ある一時点において全体の20-35%もの学生が高い抑うつ傾向にあったことを報告している。

このように、抑うつは世界的にみられる大きな問題であり、児童・青年から高齢者に至るまで世代を問わずに身近になっている。そのような状況の中、大学生の抑うつの高さに着目したとき、学生相談室等を通じて抑うつ感を訴える学生に心理的介入を行うだけでなく、広く学生一般を対象とした予防的介入にも目を向ける時期がきたといえよう。

本稿では、大学生のメンタルヘルス対策の一つと

† Satoko Shiraishi* and Fusako Koshikawa**: The Effects and Issues of Mental Health Interventions for Undergraduates.

* Faculty of Education, Utsunomiya University

** Faculty of Letters, Arts and Sciences, Waseda University

して抑うつ予防を取り上げ、その研究動向の一端を示す。その上で、著者らによる教育研究活動を通じた抑うつ対処・予防プログラムを受けた学生のプログラム評価の結果をまとめ、この種のメンタルヘルス対策の効果と課題について検討することを目的とする。

2. 抑うつ予防実践・研究の概観

(1) 日常的抑うつと病的抑うつ

抑うつは、統合失調症や人格障害など他の精神障害にみられる症状に比べ、一般的に理解しやすい症状であるといえる。軽い気分の落ち込み程度であれば、誰もが日常的に体験することであるし、そのため食欲不振になったり、なかなか眠ることができなかつたりする経験がある人も少なくないだろう。

学生の抑うつを取り上げるにあたっては、それが上記のような“日常的”なものであるか、うつ病圏の“病的”なものであるかという議論がある。さらに、その差異が量的なものであるのか（日常的抑うつと病的抑うつには連続性があるのか）、質的なものであるのか（両者は質的に異なり、非連続であるのか）ということについても意見が分かれている（坂本, 1995）。この問題に対して taxometric analysis (Meehl, 1995) を適用した研究では、連続性を支持する多くの結果を得ている（例えば, Ruscio & Ruscio, 2002; Hankin, Fraley, Lahey, & Waldman, 2005; 坂本・奥村・大野, 2005; Slade & Andrews, 2005）。これらの研究では、対象者の特性（年齢、性別、国籍など）や調査法・面接法などデータ収集法の違いによらず同様の結果が示されており信頼性も高いと思われるが、生理的指標などのデータも含めたさらなる検討が必要との指摘もある（坂本・大野, 2005）。本稿では、質的な違いが存在する可能性を意識しつつも、上記報告に鑑み、抑うつを連続的に評価し、重症度（重篤度）という同一軸上で捉えることとする。

(2) 抑うつ予防の意義と分類

うつ病は誰もがなる可能性をもっていること、抑うつは連続性を支持する研究が報告されていること、そして何よりも人々のメンタルヘルスの向上を考えたとき、特に問題のない状態あるいは抑うつが軽いうちに予防的対処を行うことで、心身ともに健康的な日常を送り、その延長線上として将来の抑うつを

予防する意義は大きいといえる。

これまでの抑うつ予防の実践・研究は、抑うつに対する予防的介入を、全ての者を対象にした第一次（primary）、既に問題の兆候を示している者や抑うつリスクファクターを持つ者を対象にした第二次（secondary）、既にいくつかの抑うつ症状が査定された者を対象にした第三次（tertiary）の三種類に分類している（Caplan, 1964）。これらの内、本稿で扱う大学生のメンタルヘルス対策としては、発症予防にあたる第一次、第二次予防が該当し、学校やコミュニティを通して心理的介入や環境調整が行われている（レビューとして, Gillham, Shatte, & Freres, 2000; 石川・戸ヶ崎・佐藤・佐藤, 2006）。

(3) 抑うつ予防のための心理的介入

抑うつ予防において用いられる心理的技法として報告が多く、かつ有効性が示されているものに認知行動療法がある。研究者によって多少定義が異なるものの、認知行動療法は“認知の変容を介入ターゲットとし、認知的技法と行動的技法を併用する様々な心理療法の総称”であるといえる。ここで扱われる認知については、各学派が様々な変数を操作的に定義しているが、代表的なものとして、認知療法（Beck, 1976）が扱う否定的自動思考、抑うつスキーマがある。否定的自動思考とはネガティブな状況において不随意的に生起する親和的な思考であり、表層的・状態依存的な認知である。抑うつスキーマとは抑うつの原因となる信念体系であり、潜在的・特性的な認知とされる。例えば、一つの科目のテストで及第点を取れなかった場合に、「常に成功しなければならぬ」というスキーマが活性化されると、現実に対する極端な解釈が行われ、「これから先のテストも絶対に失敗するに違いない」「自分はどうしようもない人間だ」といったような自動思考が浮かぶといった具合である。

認知療法では、認知の変容を第1のターゲットとしており、抑うつなど不快気分の軽減はその結果として捉えられている。従って、認知療法による介入によって、抑うつに関連した認知をより適応的な認知へと変容することは、現在の抑うつ程度を緩和するだけでなく、抑うつに至る可能性を減少するという意味で、予防に繋がるものであるといえるよう。

(4) 認知行動療法による抑うつ予防の実践研究

大学における大規模な抑うつ予防実践を行ったものとしては、リスクファクターなどにより対象者を限定する第二次予防を扱った Seligman, Schulman, DeRubeis, & Hollon (1999) の報告がある。Seligman らは、悲観的な帰属スタイルの高い大学生を、1週間に2時間、8週間のワークショップおよびホームワークからなる認知行動的アプローチを実施する群と、査定のみ行う未介入群とに無作為割付し3年間のフォローアップを行った。その結果、介入群は未介入群に比べて中程度の抑うつエピソードの経験率が有意に低く、説明スタイル・絶望感・非機能的態度といった抑うつリスクファクターが有意に改善していた。他にも、抑うつ程度が高い15歳から22歳の学生を複数の介入法へ無作為割付し、終了後1ヵ月と6ヶ月にフォローアップを行った Stice, Burton, Bearman, & Rohde (2006) は、認知行動療法を受けた群では1ヵ月後時点で、読書療法（認知行動療法の代表的学派の一つである認知療法について平易に解説されたベストセラー本を読む）を受けた群では6ヵ月後時点で、ウェイトニングリスト群に比べて有意な抑うつ低下を示していることを報告している。

これらの先行研究で行われている第二次予防のメリットとしては、効率的であるという点がある。しかしながらその反面、対象者を限定する基準が不明確であり査定が困難である点や、そのようなあいまいな基準で抽出された人々が「リスクファクターのもち主」としてレッテルを貼られるスティグマの問題などが指摘されており (Offord, 2000)、特に日本の教育現場への導入は難しいとされている (倉掛・山崎, 2006; 石川ら, 2006)。加えて、大学という環境を考えた場合、第二次予防の対象に該当する者を事前に査定して抽出するというよりも、メンタルヘルス対策を希望する学生あるいは抑うつ感を軽減したい、抑うつ状態から早く回復したいと希望する学生を対象とする方が現実的といえる。

3. 著者らの取り組み

先述したように、一般大学生を対象とした予防的介入には第二次、第一次予防が相当するが、第二次予防には対象者の見落としやスティグマの問題があり、大規模な一次予防の導入については日本では文化的にも経済的にも難しい。これらの問題を踏まえ、これまで著者らは、現実的な観点から「メンタルヘ

ルス対策を希望する全学生」を対象とした抑うつ軽減・予防効果について検討してきた。

その内の一つである、認知療法の技法を用いた抑うつ対処・予防プログラム (白石, 2005) では、3週間のプログラムを受けた都内私立大学1校の学生62名と未実施の統制群64名との比較を行った。その結果、本プログラムは、抑うつ感の軽減、および認知療法において抑うつ発現因と捉えられている否定的自動思考と抑うつスキーマの変容に関し有効であることが示された。プログラムの詳細については、白石 (2005) を参照されたいが、以下その概要を示す。

参加者の募集は、心理学系授業にて「授業で扱われる認知行動療法の技法を実際に体験し、ストレス緩和に役立つプログラム」への参加募集用紙を配布することによって行い、応募者全員にプログラムを実施した。プログラムは、週1回30分の個別面談と各参加者が自宅にて毎日行うホームワークから構成され、面談では、a) 認知行動療法やその技法について書かれた資料を基にした平易な解説、b) 次回の面談までに各自が自宅にて実施する技法の内容や効果についての説明・体験、c) 各自が行ってきたホームワークに関する感想の話し合いやアドバイスをを行った。実施技法には、a) 活動記録 (その日の自分の行動とその行動に対する達成度・満足度を1時間単位で記録する)、b) 満足した出来事記録 (その日体験した少しでも満足のいく出来事を、体験時間・内観・満足度とともに記録する)、c) 活動スケジュール (毎日の活動計画を立て、後でその遂行度と満足度を評価する)、d) 非機能的思考記録 (否定的自動思考を同定し、その妥当性について現実的検証を行う)、e) スキーマワーク (否定的自動思考の背景にあるスキーマを同定する) を含めた。

4. 参加者によるプログラム評価

前項にて紹介した、著者らによる抑うつ対処・予防プログラムの効果は、介入期間前後に調査された各抑うつ関連指標の得点変化についての分析結果よりその有効性 (あるいはその可能性) が示されている。

ⁱ 参加者の所属する大学では心理学系の授業において“認知行動療法”という呼び名の方が一般的に浸透していることから、概念上の無用な混乱を避けるため、参加者に対する説明においては“認知療法”ではなく“認知行動療法”という言葉を用いた。

る。すなわち、介入前後において査定された抑うつ感および抑うつ関連認知の得点について、プログラムを受けた群のみ有意な低下を示し、統制群には変化がなかった。

このように介入効果は、統計的に検証されることが多いが、そのため、各参加者がそれぞれどのようにプログラムに関わり、どのように感じたのか、という点はわからない。学生一般に広く働きかける予防的取り組みを行うにあたっては、学生がどのような動機で参加しようと思うのか、継続的な参加を促す、あるいは阻害する要因にはどのようなものがあるか、どのような効果を実感しているのか、などについて把握し、プログラムの改良を進める必要があるだろう。

そこで、本稿では、筆者らの取り組みがどのように受けとめられたかについて、プログラム終了後に参加学生に実施したアンケート結果を整理し、参加者の視点からプログラム効果や課題について検討することとする。

(1) 方法

① アンケート実施方法

最終面談終了直後に面談室にて個別に行なった。その際、面談者（第一著者）より、「このアンケートは、今後このプログラムを発展させていく上で非常に重要な資料となります。良いことも悪いことも率直に記入してください」と教示した。アンケート記入終了後、面談者が記入内容に目を通し、曖昧な表現などに関して質問して、その意図について可能な限り正確に把握するように努めた。

② アンケート項目

a) プログラム参加動機および事前期待について

「実験に参加してもよいと思った理由は何ですか？何か実験に期待する点はありましたか？」

b) 参加者による事前想像と実際のプログラムとの相違点

「実際に実験に参加し、事前に想像していたものと異なる点はありましたか？ある場合は、できるだけ具体的に書いてください」

c) 説明理解度

「実験者による用語の説明や課題の説明は、どの

程度理解できましたか？あてはまる番号に○をつけてください」（“ほとんど理解できた”～“ほとんど理解できなかった”の7件法）

d) ホームワーク遂行時間および負担の程度

「日々の課題を遂行するのにどの程度時間がかかりましたか？また、どの程度負担を感じましたか？」（負担の程度については、“全く負担を感じなかった”～“非常に負担を感じた”の5件法）

e) プログラム評価

「今回の実験に参加し、良かった点・悪かった点をそれぞれ書いてください」

③ 整理方法

収集した回答の内、自由記述項目については、著者および認知行動療法に関する知識のある大学院生3名によって、KJ法による分類を行った。

(2) 結果と考察

① プログラム参加動機および事前期待について

Table 1にKJ法による分類結果を示す。

Table 1. プログラム参加動機および事前期待に関する回答分類表

効果期待 (21)	勉強・知的興味のため (55)	協力心 (3)
自己の問題点の改善期待 (15)	心理学全般の勉強のため (22)	
自己探求 (5)	実験に対する知的興味 (10)	
身体的効果期待 (1)	認知行動療法への勉強 (9)	
	自分の論文の参考 (4)	
	カウンセリングに対する興味 (3)	
	好奇心 (4)	
	その他 (3)	

() 内の数値は、各カテゴリ内の回答数を表す。以降、同様。

プログラム参加者の多くは、参加動機として、「自分の問題を解決したいと思った」といった効果期待や、「講義で学んだ内容を実際に体験してみたかった」といった知的興味を挙げていた。

特に知的興味に関する回答数が効果期待のその倍以上あったことは注目に値する。メンタルヘルス対策への参加を促す際にはその効果をうたうことが通常である。しかしながら、それだけでは現時点で特に困っていない者へは響かない可能性もあるだろう。本結果より、効果期待をもたせることと同時に、学生の知的好奇心を刺激することでより多くの学生に開かれたプログラムになることが示唆されよう。

② 参加者による事前想像と実際のプログラムとの相違点

ii 大学における教育研究活動の一環としてプログラムを実施した性質上、参加者に対しては、「実験」「実験者」（面談者のこと）という用語を使用している。

Table 2 に KJ 法による分類結果を示す。

Table 2. 参加者による事前想像と実際のプログラムとの相違点に関する回答分類表

実験形式 (12)	実験内容 (22)	技法について (3)
カウンセリングではない点 (5)	記録をとる点 (9)	能動的である点 (2)
面談中心ではない点 (7)	記録量の多さ (4)	技法の効果 (3)
	その他 (9)	

多くの参加者が事前の想像と実際のプログラムとが異なっていたということを報告した。このことには、参加者募集の段階では、詳細なプログラム内容を開示していなかったことにも一因があると考えられる。しかしながら、参加者募集用紙にプログラム内容について事細かに説明を記述するよりも、面接時に説明をし、途中でプログラムを離脱する自由を与える方が現実的であろう。この点については、小さな文字で埋め尽くされたイベントポスターを見ても誰も心ひかれなことを考えれば予想のつくことである。従って、参加者による事前予想（期待）と実際のプログラムにある程度の相違があるということは避けられないと考える。

もちろん、予想していたものより実際の方が良かったという場合もあるが、ここで問題となるのは、例えば「面談時にただ話をすればよい」「受け身でよい」といったような事前予想をしていた参加者が、実際のプログラムを受けて「毎日課題があるとは思わなかった。予想していたより負担が大きいな…」というような動機づけの低下を示すような場合である。このことは、プログラム参加を促す動機づけとあわせて、プログラム中における動機づけの維持の重要性を示しているといえる。本プログラムでは、実施技法もたらす効果についての説明や、実施済みのホームワークについて感想を話し合った。初回以外のドロップアウト者がいなかったことは、これらが動機づけの維持につながったということを示唆するものであろう。

③ 説明理解度

集計の結果、全参加者の内 47 名 (76%) が、“ほとんど理解できた”と回答し、残りの 15 名 (24%) が、“ある程度は理解できた”と回答した。従って、プログラムにおける用語やホームワークの説明は、大学生にとって十分理解可能なものであったといえる。

④ ホームワーク遂行時間および負担の程度

a) 遂行時間

各参加者から報告されたホームワーク遂行時間は、平均 16.56 分 ($SD=8.11$) であつた。

Fennell & Teasdale (1987) は、介入効果につながるものとして、割り当てられたホームワークを適切に実行し続けることを挙げている。本プログラムにおいては、まったくホームワークを行わなかったという報告はなく、そのこともプログラム効果に影響したものと考えられる。

b) 負担の程度

集計の結果を Table 3 に示す。

Table 3. 負担の程度に関する観測度数データ

	負担の程度				
	全く感じなかった	あまり感じなかった	どちらでもない	やや感じた	非常に感じた
観測度数 (人)	6	21	7	26	2

ホームワークの遂行にあたり、負担を全く感じなかったと答えたのは 6 名 (10%) であり、残りの 56 名 (90%) は何らかの負担を多少なりとも感じていたといえる。

そこで、付加的な分析として、“全く感じなかった”もしくは“あまり感じなかった”と評価した者を低負担度群 ($n=27$)、“やや感じた”もしくは“非常に感じた”と評価した者を高負担度群 ($n=28$) とし、それらを被験者間要因、時点（介入前・後）を被験者内要因とした分散分析を各査定尺度について行い、負担の程度によって介入効果に違いがあるかどうかを検討した。

その結果、抑うつ尺度 (SDS ; 福田・小林, 1973) 得点についてのみ交互作用が有意であり ($F(1,53)=6.92, p<.05$)、単純主効果の分析により低負担度群においてのみ介入前後に有意な得点低下が認められた ($F(1,53)=26.13, p<.01$)。なお、介入前の時点における群間差は示されなかったため、介入前の抑うつの程度はプログラムにかかる負担には影響していなかったといえる。

一方、抑うつ関連認知である否定的自動思考尺度 (ATQ-R ; 児玉・片柳・嶋田・坂野, 1994) および抑うつスキーマ尺度 (DSS ; 家接・小玉, 1999) の得点については、時点の主効果のみ有意であり、負担の高低に関わらず、介入前後で否定的認知は低下していた ($F(1,53)=11.72, p<.01, F(1,53)=18.20,$

$p<.01$)。従って、プログラムの負担度に関係なく、否定的認知は低下するものの、負担度が軽い者にもみ抑うつ低減効果がみられたといえる。

⑤ プログラム評価

a) 良かった点

Table 4 にプログラムに対する肯定的評価について、KJ 法による分類を行った結果を示す。

Table 4. 肯定的プログラム評価に関する回答分類表

技法実施による効果の実感 (70)	実験内容 (7)	学問的理解・興味 (11)	その他の付随効果 (2)
認知変容による効果の実感 (9)	実験手続き (6)	心理学に対する理解 (5)	
気分の変化 (4)	実験者 (1)	認知行動療法に関する理解 (6)	
満足感の増加 (4)			
生活パターンの改善 (18)			
自己の客観視 (16)			
技法の体得 (11)			
技法への肯定的反応 (2)			

肯定的プログラム評価としては、技法実施による効果の実感が最も多く報告された。

本プログラムは3週間という比較的短期なものであるが、参加者の多くがその効果を実感するのに十分な内容であるといえるだろう。査定された数値の上のみではなく、参加者自身が効果を実感することは、プログラム終了後も自分で技法を実践し続ける動機づけにもなるため、重要であろう。

b) 悪かった点

Table 5 にプログラムに対する否定的評価について、KJ 法による分類を行った結果を示す。

Table 5. 否定的プログラム評価に関する回答分類表

物理的負担 (15)	実験手続きに対する否定的反応 (6)	認知行動療法に対する否定的反応 (6)	精神的負担 (12)
ホームワークに関する負担 (12)			不快な出来事・感情との対峙 (7)
記録用紙の書きにくさ (2)			自己の負の側面との対峙 (5)
面談に関する負担 (1)			

否定的プログラム評価としては、ホームワーク遂行にあたっての物理的・精神的負担が多く挙げられた。

ホームワークの継続実施という新たな習慣を取り入れることは、多少なりとも参加者に負担を強いると考えられる。従って、負担をなくすということを目的とするよりは、いかにその負担を軽減できるか、

ということに主眼をおくことが現実的対処であろう。

先述の、負担の程度による介入効果の違いについての分析結果から、負担を強く感じた者は、抑うつ関連認知については適応的な方向への変化がみられたものの、抑うつ得点に変化がなかったことが示されていることから、プログラムにかかる負担を軽減することが全般的な効果に結びつくと考えられる。

具体的には、物理的負担に対しては、ホームワークの量を減らすこと、継続実施できたことに対して面談者からの肯定的評価をフィードバックすること、などが考えられる。一方、精神的負担に対しては、それを題材に面談を行うことなどが挙げられるが、その内容として、「一度忘れた」否定的出来事や感情を思い出すことがつらかった」という主旨のものが複数報告されていることは注目に値する。

このことは、本プログラムの対象者は、うつ病者と異なり、常に抑うつ思考や抑うつ気分さらされているわけではなく、否定的出来事によって喚起された否定的思考も不快感も比較的早期に忘却することが多いということを予想させる。であるならば、放置しておけば自然に忘却するであろう不快にあえて直面させる非機能的思考記録のような技法よりも、肯定的出来事や思考、感情への気づきを促す、満足した出来事記録のような技法を中心にする方が、精神的負担も少なく、かつ発症予防として効果的ではないだろうか。

5. 今後に向けて

本稿にて取り上げた抑うつ予防をはじめ、広く学生一般を対象としたメンタルヘルス対策を実践する際、課題となるものの一つに「費用対効果」の問題がある。実際問題として、著者らが行ったような人的コストのかかる対策を、現時点で特に問題を呈していない者も含め全体に向けて大学が組織的に取り組むことは困難だろう。では、不適応が表面化した段階ではじめて対処するという効率面のみ偏った取り組みで十分かと言えば、それも本質的ではない。教育研究機関として大学が日常的に実行でき、かつ現実的な対策を検討することが肝要であろう。

この点に関し、前項にて示した学生のプログラム評価から示唆できることとしては、メンタル面の弱さを扱うという対症療法的なアプローチを全面に押し出すのではなく、ポジティブな要素である学生の知的興味を動機づけとした、実践的・発展的な教育

プログラムの一環という形で運用することが挙げられる。

教育プログラムに予防的視点を含めたものとしては、坂本・西河(2002)や及川・坂本(2007)が実践している、心理学系授業を利用した集団への心理教育的介入がその一例といえる。また、より身近で低コストな方法としては、メンタルヘルスに関する書物を読むという、Stice et al. (2006)でも取り上げられた読書療法的アプローチが考えられるだろう。

付記

本稿は、第一著者が早稲田大学大学院文学研究科に提出した学位申請論文の一部に加筆修正したものである。なお、本研究の一部は、日本カウンセリング学会第40回大会およびThe 2nd Asian Cognitive Behaviour Therapy Conferenceにて発表された。

引用文献

- 阿部昌宏・井上裕美子・大山良徳(1999). 大学生の抑うつ状態に関する調査研究 大阪工業大学紀要, 44, 9-22.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed: Text revision(DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Caplan, G. (1964). *Principles of prevention psychiatry*. New York: Basic Books.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山 司(2004). 小・中学生の抑うつ状態に関する調査——Birlerson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて—— 児童青年精神医学とその近接領域, 45, 424-436.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and process of change. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 253-271.
- 福田一彦・小林重雄(1973). 自己記入式抑うつ性尺度の研究 精神神経学雑誌, 75, 673-679.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., & Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 63-88.
- Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 96-110.
- 林潔(1988). 学生の抑うつ傾向の検討 カウンセリング研究, 20, 162-169.
- 家接哲次・小玉正博(1999). 新しい抑うつスキーマ尺度の作成の試み 健康心理学研究, 12, 37-46.
- 石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤正二・佐藤容子(2006). 児童青年に対する抑うつ予防プログラム——現状と課題—— 教育心理学研究, 54, 572-584.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- 川上憲人・大野裕・宇田英典・中根允文・竹島正(2003). 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究——3地区の総合解析結果—— 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究分担研究報告書
- 児玉昌久・片柳弘司・嶋田洋徳・坂野雄二(1994). 大学生におけるストレスコーピングと自動思考、状態不安、および抑うつ症状との関連 ヒューマンサイエンス, 7, 14-26.
- 倉掛正弘・山崎勝之(2006). 小学校クラス集団を対象とするうつ病予防教育プログラムにおける教育効果の検討 教育心理学研究, 54, 384-394.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Meehl, P. E. (1995). Bootstraps taxometrics: Solving the classification problem in psychopathology. *American Psychologist*, 50,

- 266-275.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press.
- Offord, D. R. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, **25**, 833-842.
- 及川恵・坂本真士 (2007). 女子大学生を対象とした抑うつ予防のための心理教育プログラムの検討——抑うつ対処の自己効力感の変容を目指した認知行動的介入—— 教育心理学研究, **55**, 106-119.
- Ruscio, A. M., & Ruscio, J. (2002). The latent structure of analogue depression: Should the Beck Depression Inventory be used to classify groups? *Psychological Assessment*, **14**, 135-145.
- 坂本真士 (1995). 抑うつと不安における正常と異常 季刊精神科診断学, **6**, 131-142.
- 坂本真士・西河正行 (2002). 大学生における抑うつ気分のコントロールに関する予防的取り組み——グループワークを利用した心理教育プログラムの開発—— 人間関係学研究 (大妻女子大学人間関係学部紀要), **3**, 227-242
- 坂本真士・大野裕 (2005). 抑うつとは 坂本真士・丹野義彦・大野裕 (編) 抑うつ臨床心理学 東京大学出版 pp.7-28.
- 坂本真士・奥村泰之・大野裕 (2005). うつの自己記入式尺度を用いた連続性に関する統計的検討——taxometric analysis を用いて—— 日本うつ病学会第2回総会プログラム抄録集, **56**.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, **2**, article 8.
- 白石智子 (2005). 大学生の抑うつ傾向に対する心理的介入の実践研究——認知療法による抑うつ感軽減・予防プログラムの効果に関する一考察—— 教育心理学研究, **53**, 252-262.
- Slade, T., & Andrews, G. (2005). Latent structure of depression in a community sample: A taxometric analysis. *Psychological Medicine*, **35**, 489-497.
- Stice, E., Burton, E., Bearman, S. K., & Rohde, P. (2006). Randomized trial of a brief depression prevention program: An elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 863-876.
- 高倉実・崎原盛造・與古田孝夫 (2000). 大学生の抑うつ症状に関連する要因についての短期的縦断研究 民族衛生, **66**, 109-121.